Rok XI. Lwów, kwiecień 1912. Nr. 4.

PRZEGLĄD HYGIENICZNY

ORGAN
TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY I ODPOWIEDZIALNY:
Dr. BR. KACZOROWSKI i Prof. Dr. K. PANEK
ul. Chorążczyzna l. 22. ul. Senatorska 11.

WYCHODZI PIERWSZEGO DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA

KOMITET REDAKCYJNY: DR. L. BIER, DR. A. DAMM, PROF. DR M. GRABOWSKI, DR. WŁ. HOJNACKI, DR. J. OPIEŃSKI, DOC. DR. E. PIASECKI, DR. R. QUEST

PPZEDPŁATA ROCZNA: 4 KORONY 4 MARKI 2 RUBLE

Redakcya i administracya, Lwów, ul. Senatorska 11.

Hygiena snu.

Napisała
Dr. Flora Mira Ogórek-Pankowa.

Od niepamiętnych czasów zajmowało się mnóstwo ludzi uczonych przyrodników i filozofów zagadnieniem snu. Dla starożytnych był on bratem śmierci. ale pożądanem i ukochanem bożyszczem, naokół którego też bujna fantazya onych ludów snuła podania legendarne na wpół religijne a nawpół przyrodnicze, oparte na obserwacyi codziennej. W istocie zbliża się sen dużo zmniejszoną pracą narządów ciała nieco do onego zupełnego zatamowania funkcyi fizyologicznej całego ustroju, który nazywamy śmiercią. Podobieństwo jest zresztą tylko pozorne, bo owe czasowe zwolnienie pracy organizmu stanowi najpotężniejszy czynnik odrodzenia i wzmocnienia tychże. Nie da się zaprzeczyć, że stanowi on przedziwny równoważnik w ustroju ludzkim.

Najbardziej potrzebuje snu, jako regeneracyi, mózg. Ludzie przemęczeni pracą umysłową powinni zwracać baczną uwagę na należyte wyzyskanie tej krynicy zbawczej może więcej, niż ludzie pracujący fizycznie, bo pierwszym zazwyczaj trudniej nie tyle o sen, ile o zaśnięcie, pierwsze stadyum snu.

Czego potrzeba, żeby sen mógł działać w całej swej nieocenionej sile? Na zaśnięcie nie powinno się obierać godzin nocnych, po godzinie dwunastej, ale starym, dobrym zwyczajem iść spać około 10-tej, dzieci o 8-tej z wieczora.

Wieczerza, ile możności wczesna, lekko-strawna, nie powinna składać się z potraw, na których strawienie potrzebaby więcej czasu nad 2—3 godzin, ponieważ zwolnienie zwykłych funkcyi trawiennych pociąga za sobą zastój pokarmów w trakcie żołądkowo-jelitowym i często powtarzając się, może wywołać chroniczny nieżyt jelit. Wykluczałoby to ze składu kolacyi mięso, wędliny, jaja i ciężko strawne jarzyny. Nastrój pogodny, cisza i spokój domowy są ważnymi współczynnikami. Nie należy obarczać umysłu ciężkiemi i przykremi sprawami, ani czytać rzeczy zbyt ciekawych, zajmujących lub podniecających, ponieważ trzeba żywe tempa pracy mózgowej pod wieczór zwalniać i uspokajać, taka zaś lektura działa jak szpicruta na rasowego konia. Swoją drogą nie ma znów lepszego środka nasennego, jak książka nudna! Tak samo usypiająco działa lekka, miła i cicha muzyka, szmer strumienia, monotonne uderzanie kropli deszczu. Gwar wielkiego miasta, o ile nie wybije się po nad ten nieokreślony łomot dźwięków, jakiś specyalny przykry ton, który się wyraźnie odcina, nie dokucza, ani też uniemożliwia snu. Mówimy, oczywista, tylko o ludziach znużonych, choćby nawet pracą umysłową, ale zdrowych.

Dla ludzi nerwowych sen jest najważniejszem lekarstwem, niestety dla nich trudnem do osiągnięcia. Do jakiego stopnia jest niezbędny możemy obserwować na chorych, cierpiących na bezsenność. Niszczący wpływ objawia się w pogorszeniu wszystkich czynności ciała, w pierwszej zaś linii odbija się na pracy mózgo-rdzeniowej. Pamięć słabnie czasem aż do zupełnego zaniku, praca twórcza mózgu obniża się znacznie, wartość objektywna tegoż pogarsza się, bo wraz z innemi władzami umysłowemi i zmysł krytyczny zanika. W dalszym ciągu następuje znaczna depresya moralna, która w ostatnich konsekwencyach może doprowadzić do samobójstwa. Ze szeregu neurotyków, cierpiących na bezsenność, rekrutują się samobójcy nader często.

Z tego chociażby pobieżnego szkicu wypływa dowodnie znakomita wartość snu, o którym mawiała Carmen Sylva: »że jest wspaniałomyślnym złodziejem, który ukradziony czas oddaje wartością sił życiowych«. Więc nie od rzeczy będzie zastanowić się nad warunkami, któreby umożliwiły i zapewniły sen znużonemu człowiekowi.

Otóż zaraz pierwszy warunek: Znużenie. Wiemy o tem, że wieśniacy, rzemieślnicy, zwłaszcza pracujący na wolnem powietrzu, le-

śnicy, których zawód wymaga długich wędrówek codziennych po powierzonej przestrzeni leśnej etc. śpią zazwyczaj dobrze. Urzędnicy biurowi, profesorowie, lekarze, wogóle ludzie pracujący przeważnie umysłowo i z konieczności przepędzający długie godziny w zamkniętych lokalach, cierpią często na uporczywą bezsenność lub na sny ciężkie, nie pokrzepiające. Wniosek jest prosty. Wprowadzić dostateczną ilość ruchu fizycznego, który wytwarza one substancye znużenia, które obniżają żywą funkcyę kory mózgowej, sprowadzają sen, a uzyskana równowaga między wysiłkiem a wypoczynkiem, wykaże korzystny bilans całego ustroju. To też regularne ćwiczenia mięśniowe, znane ogólnie pod nazwą gimnastyki są dzielnym środkiem leczniczym na bezsenność. Dobór ćwiczeń naturalnie należy do lekarza. Sport na wolnem powietrzu, rozumnie i poważnie traktowany z wykluczeniem wszelkich »matchów« i »rekordów« może też oddać znamienite usługi. Odprowadzając znaczne ilości krwi do obwodu t. j. mięśni, uwalnia się mózg z przekrwienia, wywołanego pracą umysłową, a skutkiem niechybnym samej relaksacyi — jest sen. Tak zwane środki nasenne powinny być użyte wyjątkowo, w rozpaczliwych wypadkach, a i to tylko jako chwilowa pomoc na tle starań lekarskich hygienicznych t. j. zaleconego ruchu fizycznego, lekkich zabiegów wodoleczniczych (z wykluczeniem bardzo zimnej wody, która nie uspokaja, tylko drażni) uregulowanej, lekko strawnej dyety i rozumnie urządzonej sypialni.

Ta ostatnia to punkt dotychczas niezmiernie drażliwy. Na palcach możnaby wyliczyć w wielkiem mieście sypialnie urządzone wzorowo.

Rzadko gdzie przeznacza się pokój najwidoczniejszy i najbardziej przestronny na miejsce spoczynku nocnego. Brak kultury hygienicznej z jednej strony, z drugiej ogromna drożyzna mieszkań która dosięgła w obecnych czasach niebywałych rozmiarów, nie pozwala na sypialnię w rozumieniu lekarskiem, nienaganną. Sypialnia u nas bywa często zarazem pokojem mieszkalnym, jadalnią etc. Trudne warunki ekonomiczne można jednak należytem wyzyskaniem prawideł hygieny ulepszyć i nawet w tym wypadku, gdzie się nie rozporządza osobną przestrzenią do spania spać w warunkach zdrowotnych dobrych. Najtrudniej odpowiedzieć warunkom hygienicznym w zimie, o wiele łatwiej w lecie. Osią główną owej hygieny snu jest czyste powietrze, w miarę ciepłe, niezbyt suche. Pokój taki, jeśli służy jako mieszkanie, należy bardzo troskliwie wietrzyć rano i przed spaniem, nawet przy mroźnem powietrzu, bacząc jednak pilnie, aby następnie pokój był należycie ogrzany. Przy znacznej różnicy temperatury zewnętrznej i pokojowej wymiana powietrza jest szybka, tak, że warunkom zdrowotnym można w pełni odpowiedzieć bez wyziębiania pokoju. Temperatura najkorzystniejsza 14° R, poniżej 13° R

*

nie powinna spadać, bo stałe wdychanie silnie ochłodzonego powietrza może łatwo narazić na nieżyt oskrzeli, nie licząc mniejszych zaziębień dróg oddechowych pod postacią katarów nosa i gardła.

Łóżko ma być o ile możności przewiewne, dlatego niezły był dawny zwyczaj spania na słomie. Istotnie podkład słomy suchej i świeżej jest znakomicie hygieniczny — niestety niezbyt już nam smakuje. Osoby nieco wydelikacone oznaczają takie łoże praojców jako »łoże Madejowe«. W zakresie współczesnych urządzeń najhygieniczniej się przedstawia łóżko z siatką sprężynową z materacem włosianym, bielizną białą lnianą, którą musi się często zmieniać i poduszką wypchaną włosieniem roślinnem. O to ostatnie trudno wojować z naszemi paniami, które bez wyjątku prawie wolą puchowe poduszki, nie dbając o to, że taka zanadto rozgrzewa głowę, co znów nierzadko powoduje wypadanie włosów i chroniczne bole głowy. Łóżko dla dziecka urządzimy analogicznie, więc wykluczymy puchowe podkłady, które tylko niepotrzebnie wydelikacają organizm i obniżają odporność jego. Jako przykrywka nadaje się najbardziej miękki, gruby koc wełniany. Jest to okrycie plastycznie dopasowujące się do ciała, lekkie i przewiewne, mimo to bardzo ciepłe. Kołdra jest znacznie gorsza jako przykrycie, nieotula bowiem dosyć szczelnie ciała.

W pokoju sypialnym stawiamy w zimie misę z wodą na piecu, żeby powietrze mogło się do pewnego stopnia nasycić parą wodną, co jest bardzo pożądanem ze względów zdrowotnych. Rozbierać się należy zupełnie aż do ostatniego odzienia i włożyć bieliznę świeżą, która może być dla osób bardzo wrażliwych lekko ogrzana. Odzienie dzienne nie powinno leżeć w pokoju sypialnym, lecz w celu przewietrzenia ma być rozwieszone w izbie, podczas nocy niezamieszkałej. Przedewszystkiem odnosi się to do odzienia dzieci. Dziecięce ciało wydziela dość silne charakterystyczne wyziewy, nie należy więc przyuczać dzieci do składania sukienek obok łóżka, oddechanie bowiem temi wyziewami nie przynosi pożytku młodym płucom. Jak najstaranniej przewietrzamy sypialnię po ostatniem ulubionem cygarku pana lub też i pani domu.

Niecnota to nie do wykorzenienia! Są przecież turyści, którzy sobie uprzyjemniają i polepszają kryształowe, bajeczne powietrze gór paleniem lulki.

De gustibus non est disputandum!

Sprawozdanie z dorocznego Zjazdu „Związku lekarzy rządowych w Galicyi“ we Lwowie,

w dniach 23. i 24. lutego 1912 r. odbytego.

Przy licznym udziale lekarzy rządowych odbył się w dniach 23. i 24. lutego br. IV. Zjazd galicyjskich lekarzy rządowych. Obrady zagaił treściwem przemówieniem długoletni i zasłużony przewodniczący Związku, starszy lekarz powiatowy w Jarosławiu, Dr. Czyżewicz — podnosząc między innemi, że lekarze rządowi w Galicyi, mimo dokonanej już pewnej poprawy stanowiska, są jeszcze w porównaniu z innymi krajami koronnymi gorzej sytuowani — nie posiadają, jak to ma miejsce w reszcie krajów monarchii, odznaczeń i tytułów; »nie idzie o sam tytuł« mówi Szanowny Prezes — »lecz o to, abyśmy wobec kolegów z innych krajów koronnych nie byli wartościami drugorzędnemi«.

Z porządku dziennego wygłosił Prof. Dr. Panek odczyt o biologicznem oczyszczaniu wód ściekowych.

Prelegent omówił treściwie zasadę naukową biologicznego oczyszczania i na odpowiednich tabelach i planach wykazał praktyczne wyniki i sprawność działania odnośnych urządzeń w Kulparkowie (po uskutecznieniu rekonstrukcyi), w Zakopanem w sanatoryum Dra Dłuskiego i w Nowym Sączu a to na podstawie dokonanych w swej pracowni chemiczno-bakteryologicznej badań oczyszczonych ścieków.

Następnie Prof. Dr. Sieradzki mówił »o badaniu krwi pod względem sądowo-lekarskim« — demonstrując i krytycznie oceniając wszystkie metody od najstarszej Schönbeinowskiej począwszy aż do biologicznych sposobów badania przy pomocy aglutynacyi, precypitacyi, odchyleniu komplementu, próby anafilaktycznej, kończąc objaśnieniem teoryi Mendla o dziedziczności w zastosowaniu do badań krwi w celu rozpoznania ojcowstwa.

Po żywych oklaskach, którymi nagrodzono zajmujące wykłady obu Czcigodnych Profesorów — przedstawił przewodniczący między innemi sprawozdanie o stanie przygotowań do odbyć się mającego w czerwcu br. w Krakowie Kongresu ogólno-państwowego Związku austr. lekarzy rządowych. Po przerwie obiadowej zwiedziło grono uczestników zjazdu sanatoryum Dra Soleckiego.

W drugim dniu obrad wygłosili uproszony w tym celu Prof. Dr. Bednarski i insp. krajowy Dr. Kuhn zbiorowy referat »o jaglicy pod względem klinicznym, szerzeniu się jej w Galicyi i sposobach zapobiegania«.

Pierwszy referent omówił trudności rozpoznawcze wobec nieustalonego wyniku badań nad istotą jaglicy i sposoby leczenia; Dr. Kuhn przedstawił daty statystyczne na podstawie dat urzędowych, z których wynika między innemi, że największy odsetek zarażonych jaglicą jest u służących w wojsku — następnie w szkole i taki sam blisko odsetek u robotników, wyjeżdżających na roboty do Prus, Ameryki i Król. polskiego.

(Odsetek robotników, w Prusach przebywających, znacznie wyższy, bo 0·94, w Król. polskiem 0·5). Referent podaje cały szereg środków w walce z jaglicą, między innymi oddziały przy szpitalach dla jaglicy względnie ruchome ambulatorya i internaty jaglicowe, pouczanie przez broszury, baczność na szkoły i internaty, tudzież na emigrujących na roboty, zwłaszcza do Prus i obowiązkowe badanie ich po powrocie.

Ożywiona dyskusya po tym referacie zdaje się, że przyczyni się do zrobienia poważnego kroku naprzód w kierunku walki z jaglicą, przy czem z całym naciskiem podnoszono potrzebę zaprowadzenia katastru jaglicą dotkniętych i dążenia do wykrycia podstawy choroby.

Dr. Walery Momidłowski referował na temat: Śmiertelność w wieku dziecięcym w Galicyi i o sposobach zmniejszenia jej. Po obszernej dyskusyi przy-

stąpiono do spraw administracyjnych, a więc z porządku dziennego odczytał Dr. Opieński sprawozdanie z czynności Wydziału, Dr. Obtułowicz sprawozdanie kasowe; na wniosek komisyi rewizyjnej otrzymał Wydział absolutoryum, po czem uchwalono wysokość wkładek do Związku na r. 1912 w wysokości dotychczasowej, a w końcu przystąpiono do wyborów. Na wniosek Dra Ślączki wybrano przez aklamacyę ponownie po raz piąty przewodniczącym Dra Czyżewicza i również przez aklamacyę Wydział, tj. Dra Bielańskiego, Dra Danielskiego, Dra Kuhna, Dra Kurasiewicza, Dra Obtułowicza, Dra Opieńskiego i kooptowano, z uwagi na mający się odbyć kongres, Dra Janiszewskiego i Dra Weinsberga z Krakowa.

Między wnioskami członków uchwalono: 1. Wniosek Dra Karpińskiego, aby Wydział Związku odniósł się w sprawie dyet i kosztów komisyjnych do centralnego Towarzystwa urzędników konceptowych w Wiedniu celem wdrożenia wspólnej akcyi i 3 wnioski Dra Opieńskiego, a to: a) w sprawie reformy nauki hygieny w seminaryach nauczycielskich, b) w sprawie wdrożenia energicznej akcyi w celu należytego uwzględnienia warunków hygienicznych przy udzielaniu koncesyi szynkarskich, c) w sprawie zorganizować się mających przez lwowskie Towarzystwo ginekologiczne kursów powtarzania dla starszych akuszerek. W dyskusyi stawia Dr. Obtułowicz wniosek dodatkowy o zaprowadzenie nauki hygieny w szkołach średnich, a prezes Dr. Czyżewicz uważa, że sprawę reformy nauki hygieny w seminaryach należy postawić na porządku dziennym kongresu Związku państwowego w Krakowie.

Apelem o solidarne jawienie się na kongresie zamknął przewodniczący Zjazd, po czem udali się uczestnicy na wspólny obiad. *J. O.*

Sprawy Towarzystwa hygienicznego.

SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Sekcyi hygieny ludu i wsi odbytego dnia 6. marca 1912 roku.

Obecni: Dr. Bernadzikowski, Dr. Dalkiewicz, Dr. Kaczorowski, Dr. Kasparek, Dr. Mikołajski, Dr. Opieński, Prof. Dr. Panek, Dr. Szumowski.

Porządek dzienny:

Sprawa »Przyjaciela zdrowia«.

Wnioski członków.

Przewodniczy Dr. Mikołajski.

Dr. Mikołajski streszcza w krótkości cały przebieg powstawania pisma popularnego dla ludu »Przyjaciela zdrowia« i omawia warunki, pod jakimi Towarzystwo hygieniczne wspólnie z Zarządem głównym Towarzystwa Kółek rolniczych przystępuje do wydawania tego pisma. Mianowicie:

»Przyjaciel zdrowia« jest organem Towarzystwa hygienicznego, redagowanym przez Komitet redakcyjny i odpowiedzialnego redaktora, wybranych z łona Towarzystwa hygienicznego. Cały nakład potrzebny dla Kółek rolniczych i potrzebną ilość egzemplarzy dla »Przeglądu hygienicznego« drukuje Zarząd główny Kółek rolniczych własnym kosztem. Ilość egzemplarzy potrzebną dla prenumeraty prywatnej i innych Towarzystw odstępuje Zarząd główny Towarzystwa Kółek rolniczych Towarzystwu hygienicznemu po cenie druku. Umowa obecna obowiązuje do końca bieżącego roku.

Następnie omawiano sposób redagowania pisma i uchwalono, aby pierwszy numer wyszedł dnia 1. kwietnia 1912 roku.

W skład Komitetu redakcyjnego wchodzą następujące osoby:
Dr. S. Bernadzikowski, Dr. Dalkiewicz, Prof. Dr. M. Grabowski, Dr. B. Kaczorowski, Dr, Kasparek, Dr. A. Kuhn, Dr. S. Mikołajski, Dr. J. Opieński, Prof. Dr. Panek, Doc. Dr. Szumowski.

SPRAWOZDANIA I STRESZCZENIA.

Choroby zakaźne, mikrobiologia.

Dr. Szabłowski. **Zakłady czyszczenia pierza jako roznosiciele zarazków.** *(Ztschft f. Hyg. u. I. Kokhl. T. 68. Zesz. II. str. 219).*

Przy sposobności tłumienia epidemii ospy stwierdził autor, że źródłem rozszerzania się zarazków są zakłady czyszczenia pierza i podaje wyniki doświadczeń uskutecznionych podczas stosowania różnych sposobów desinfekcyi jak następuje: Pierze w stanie surowym ulega przy desinfekcyi w parze znacznego stopnia uszkodzeniu, że więc podobnie jak brudna bielizna musi być pierze poddane obmyciu przed desinfekcyą. Do obmycia pierza zaleca sublimat 1‰ i formalinę 1%. Z uwagi jednak na rzadkość zawlekania chorób zakaźnych przez pierze, jako też na okoliczność, że poprzedzające desinfekcyę odczyszczanie pierza jest zbyt kosztowne, radzi autor ograniczyć się do tych sposobów tylko w wypadkach, gdzie jest uzasadnione podejrzenie, iż pierze jest zakażone. *Dr. O.*

E. Weil. **Losy paciorkowca w krwi obiegu królika.** *(Ztschr. f. Hyg. T. 68. Zeszyt II. R. 1911).*

Paciorkowiec wstrzyknięty królikowi do krwi ulega w pierwszej chwili po wstrzyknięciu zmniejszeniu co do ilości — poczem następuje do 14 godzin trwające powiększenie, po którem jednak u większości zwierząt ma miejsce znowu wybitne zmniejszanie ilości zarazków. Z szeregu poczynionych przez Weila i innych doświadczeń wynika, że nie można tego zachowania się paciorkowca tłómaczyć własnościami bakteryobójczemi krwi królika, że natomiast krew królika nabywa pod wpływem zakażenia paciorkowcem zdolność wstrzymania rozwijania się paciorkowca we krwi; zdolność ta jest ściśle związaną z życiem, gdyż »in vitro« nie można jej wykazać. W przypadkach, gdzie króliki giną po takiem wstrzyknięciu jest ta zdolność krwi zniesioną bądź przez znacznego stopnia jadowitość paciorkowca, bądź też przez znaczne już bardzo jego rozmnożenie. *J. O.*

Stefan v. Nadosy. **Serodyagnostyka kiły ze specyalnem uwzględnieniem kiły wrodzonej i doboru mamki.** (Dodatek do Nr. 2 1911 Orvosi Hetilap).

Autor opierając swe badania na ogromnym materyale — przeszło 1000 przypadków — jest zdania, że dodatni wynik próby Wassermana nie wystarcza, by pacyentowi zabronić małżeństwa.

Przy ujemnej próbie u ciężarnej kobiety można wnosić, że dziecko będzie zdrowe. Płody ciężarnych z dodatnią próbą Wassermana wykazywały już w pierwszych tygodniach, klinicznie lub serologicznie stwierdzoną kiłę w 50% przypadków. Jeżeli ojciec lub matka dziecka wykazują dodatnią próbę Wasser-

mana, należy próbę tę też u dziecka przeprowadzić celem stwierdzenia czy nie zachodzi przypadek kiły utajonej. Próba Wassermana przyczynia się wielce do wyjaśnienia przyczyny i racyonalnego leczenia poronień i przedwczesnych porodów. Przy doborze mamki należy nietylko krew badanej kobiety i jej dziecka, ale i krew położnicy i dziecka zbadać serologicznie.

Przy wrodzonej kile następuje zakażenie prawdopodobnie po zapłodnieniu, a infekcya płodu następuje przez matkę drogą krwi. Kiłę matki stwierdzono przez wykrycie krętka bladego w matczynej części łożyska. Im świeższa kiła, tem bardziej jest łożysko i płód narażony na infekcyę, tem prędzej następuje przerwanie ciąży. Im starsza kiła, tem rzadsze recydywy i tem pewniej występuje zakażenie płodu, często dopiero podczas porodu w pochwie. Przyczyna utajonej kiły noworodka zakażonego podczas porodu nie jest jego odporność przeciw chorobie, ale jest to stadyum wylęgania się choroby, gdyż reakcya Wassermana zwykle już dodatnio wypada.

Kiła nabyta przez matkę podczas ciąży może płód zakazić. W ostatnich 6 tygodniach ciąży nabyta nie zakaża płodu. *Dr. Damm.*

Leede. **Przyczynek do ogólnego zakażenia na tle dwoinek tryprowych.** *(Münch. Med. Wochenschr. 1911).*

Autor opisuje mikroskopowo i kulturą stwierdzony przypadek zapalenia stawów na tle tryprowem, zakończony śmiertelnie. W przypadku tym przyjmuje autor, że drogą wrzodu miękkiego, naczyń limfatycznych i krwi dostało się zakażenie tryprowe do stawów. Z cewki nigdy nie było wycieku, nie było więc właściwie nigdy trypra cewki. *Dr. Damm.*

Strószner Edmund. **Przecinkowiec cholery w wodzie Dunaju.** *(Deutsche med. Wochenschr. 1911).*

W dniu 15. września 1911 wydarzył się pierwszy przypadek cholery w Budapeszcie, a parowiec po wysadzeniu na ląd chorego wzięto pod kwarantannę. Następnego dnia wyciągnięto litr wody tuż z pobliża okrętu, wlano w 10 kolbek Schumayerowskich z peptonem i ustawiono w temperaturze 37^0. Po 24 godzinach wytworzył się w wszystkich kolbkach kożuszek. Z dwóch kolbek wyhodowano przecinkowca cholery, który prócz innych cech charakterystycznych dawał reakcyę indolową, aglutynował w rozcieńczeniu 1:20.000. Próba Pfeifera wypadła pozytywnie. Wbrew więc twierdzeniu Zlatogorowa nie było u przecinkowca tego wyhodowanego z wody rzecznej zmniejszenia aglutynacyi.

Więcej ani w miejscu kwarantanny ani też nigdzie indziej nie udało się przecinkowca cholery z wody Dunaju wyhodować.

Autor opierając się na badaniach Brehmego i Christiana nie zaprzecza możliwości przezimowania bakteryj cholerycznych w wodzie lub szlamie Dunaju. Wskazane więc są środki ostrożności, tem bardziej, że bakterye w wodzie rzecznej długi czas żyją i mogą się stać rozsadnikiem choroby.

Dr. Damm.

Dr. Mieczysław Michałowicz. **Odrębność gruźlicy w wieku dziecięcym.** *(Zdrowie. Z. 2. 1912).*

Autor twierdzi, że chociaż rozpoznajemy gruźlicę w wieku dziecinnym zbyt rzadko, przecież jest ona chorobą wieku dziecięcego, gościem codziennym w domach naszych.

Comby stwierdza, że na 100 zwłok dziecięcych znaleziono zmiany gruźlicze:

w wieku od 0	do 1-go miesiąca	w	0 %	przypadków
„ „ „ 1-go	„ 2-ch miesięcy	„	2,6 „	„
„ „ „ 2-ch	„ 3-ch „	„	3,5 „	„
„ „ „ 5-ciu	„ 6-ciu „	„	15 „	„
„ „ „ 6-ciu	„ 12-tu „	„	30 „	„
„ „ „ 1-go	„ 2-ch lat	„	47,75%	„
„ „ „ 2-ch	„ 5-ciu „	„	68%	„
„ „ „ 5-ciu	„ 10-ciu „	„	67 „	„

Hamburger i Monti, zbadawszy ogromną ilość dzieci na odczyn tuberkulinowy, głoszą, że na 100 dzieci mają większe lub mniejsze ognisko gruźlicze:

w 2-gim	roku	życia	9%	dzieci
„ 3-cim	„	„	20 „	„
„ 4-tym	„	„	32 „	„
„ 5-tym	„	„	52 „	„
„ 6-tym	„	„	51 „	„
„ 7-mym	„	„	61 „	„
„ 8-mym	„	„	73 „	„
„ 9-tym	„	„	71 .	„
„ 10-tym	„	„	85 „	„
„ 11-tym	„	„	93 „	„
„ 12-tym	„	„	95 „	„
„ 13-tym	„	„	94 „	„
„ 14-tym	„	„	94 „	„

Liczby powyższe przerażają. Dotyczą one dotychczas przeważnie miast, zdaje się jednak, że ze wzrostem przemysłu i wsie niedługo zostaną opanowane przez prątek gruźliczy. Jeżeli pomimo tak nadzwyczaj wysokich odsetek dzieci zarażonych gruźlicą stosunkowo niewiele tychże umiera na tę chorobę, to powodem tego zjawiska jest ten pocieszający pewnik, że gruźlica należy do chorób zwalczanych przez ustrój dziecięcy. Dopiero w wieku późniejszym, wybuchając powtórnie u dorastającego lub dorosłego człowieka, sprawa gruźlicza staje się groźną i pociąga ów wynik fatalny za sobą.

Wielkie zbiorowiska ludzkie przesycone są zarazkami gruźliczymi. Dziecko żyjąc w tych warunkach bardzo łatwo zaraża się. Całują go różne gruźlicze osoby, pełza po brudnej podłodze, wkładając równocześnie palce do ust itd. Nic łatwiejszego, że prątek gruźliczy dostaje się do ust, pęcherzyków płucnych (Abrecht) naczyń i gruczołów chłonnych. W gruczołach prątek zatrzymuje się, rozmnaża, niszczy gruczoł, często tkankę płucną i sprowadza śmierć lub w szczęśliwych wypadkach ginie w walce z białymi ciałkami krwi i z sokami surowicy tkanek i krwi. W największej ilości wypadków prątek się unieruchamia, wkoło niego osadzają się sole wapienne, tworzy się skorupa, a zarazek jest, pomimo, że nie da slę wykazać na razie. Taki unieruchomiony lasecznik gruźliczy jest rzeczywistym utajonym wrogiem człowieka. W razie utracenia równowagi organizmu, upadku sił, o co nietrudno w rozrastającym się ustroju dziecięcym, lasecznik bierze górę, wyrobiona w poprzedniej walce odporność niewystarcza, organizm ulega. Zwalczona w pierwotnym okresie gruźlica staje się niebezpieczna w okresie wtórnym, w okresie samozakażania lub nowego zakażenia z zewnątrz.

Autor zapytuje się dalej, jaka droga jest częstszą wkraczania lasecznika do ustroju człowieka, czy narząd oddechania lub narząd trawienia (szczególnie za pośrednictwem mleka od krów gruźliczych) i twierdzi, ponieważ badanie zwłok dzieci zmarłych na gruźlicę wykazało tylko 0,66% zakażeń ze strony

jelit, infekcya gruźlicza następuje przeważnie drogą oddechową. Należy więc dzieciom stwarzać takie warunki, ktoreby uniemożliwiały zakażenie. Należy przedewszystkiem przestrzegać czystości, unikać kurzu i obcowania ze środowiskiem gruźliczym.

Autor zapytawszy jakie są najważniejsze, najbliższe zadania lekarza chorób dziecięcych w tej sprawie daje taką odpowiedź:

1. Rozpoznanie, najczęściej ukrytej w wieku dziecięcym gruźlicy.
2. Pomoc do jej zwalczania na razie przez ustrój.
3. Baczenie w dalszym ciągu, by raz nawiedzony przez gruźlicę ustrój chorego nie wypadł z równowagi i nie dał się opanować zarazkom (szczególnie w okresie dojrzewania. tj. od lat 15—20-tu).

Autor zastanawia się dalej nad wielką często trudnością rozpoznania gruźlicy u dzieci, nieradzi przeoczać najdrobniejszych zboczeń i objawów, któreby na ślad tejże naprowadziły. Przy oglądaniu chorego zwraca uwagę na resztki »facies scrophulosa«, wychudnienie i ogólną bladość, poty w nocy i skłonność do nieżytów dróg oddechowych. Przygląda się długim rzęsom i długiemu puszkowi na ramionach i między łopatkami (hypertrichosis). Zagląda do ust i bada zęby, gdzie może zobaczyć próchnienie koliste zębów (caries circularis), które występuje w 95% przypadkach gruźlicy. Na skórze szuka tuberkulidów lub kilaków gruźliczych, blizn na szyi lub w okolicy stawów, rozszerzonych żył na klatce piersiowej itd.

Bada gruczoły szyi, pach, pachwin, jamy nadobojczykowej, gruczoły w 4-tym i 5-tym międzyżebrzu, co może świadczyć o jednoczesnem powiększeniu gruczołów wewnątrz klatki piersiowej. Naciska na 5—7 wyrostki kręgów piersiowych, zaglądając w twarz chorego, czy nie zdradzi ona ich wrażliwości (Spondilitis incipiens). Opukuje i osłuchuje następnie klatkę piersiową, zwracając u małych dzieci szczególniejszą uwagę na powiększenie gruczołów płucnych — zwłaszcza jeżeli badanie samych płuc daje wynik ujemny. W końcu posługuje się promieniami Roentgena i odczynem skórnym Pirquet'a.

Dr. K.

Hygiena społeczna i szkolna.

Czytamy w „Ruchu“ Nr. 3, 1912: Pierwsze letnisko szkolne w Belgii. Ciekawe są wyniki, osiągnięte w letnisku szkolnem, jakie urządziła tego lata gmina Angleur i zanotowane w »Annales de Médecine physique« (nr. 6 z 1911 roku).

Gmina ta, posiadając duże przestrzenie w pobliskim lesie Kinkempois, pragnęła wyzyskać je na pobyt dziatwy w czasie letnim. W tym celu przeznaczono 4 *ha* lasu na letnisko, urządzając tam długą galeryę krytą, pokrywającą 300 m^2 i zabezpieczoną od wiatrów półn.-wschodnich i półn.-zachodnich wysokim murem. Tuż obok niewielka kuchnia i inne budynki.

W tem to schronisku, posiadającem przepiękne widoki na doliny Mozy, Urty i Wezdry zbierała się codzień dziatwa szkolna, zapisana w ilości 520, ażeby spędzać dzień cały na powietrzu. Przybywały tu dzieci pod kierunkiem nauczycieli szkolnych o godzinie 8 rano, opatrzone w zapasy żywności, przybory do gier i zajęć lżejszych, na miejscu zaś pracowały, miewały lekcye niektóre, pozatem zabawiały się grami ruchowemi.

Letnisko to posiada stały nadzór lekarski. Wyniki osiągnięte w pierwszym roku istnienia są nader poważne: zwiększenie wzrostu wyniosło 5 do 10 *mm*, przyrost wagi $^3/_4$ do 3 kg. Zachęcona temi wynikami gmina postanowiła dokonać rozmaitych ulepszeń w prowadzeniu letniska, które niewątpliwie znajdzie obok siebie szereg innych działających w tym samym kierunku i coraz to lepszemi sposobami.

W sprawie przeciążenia ciekawy przyczynek stanowi głos jednego z lekarzy nantejskich, który wprost zaprzecza przemęczeniu uczniów. Ci wszyscy, co są zmęczeni bez dokonania wysiłków, któreby zmęczenie to usprawiedliwiły, są raczej chorymi. »Są to niby konie przeładowane, od których się wymaga wysiłku, którego wykonać nie są w możności; są to jednem słowem chorzy na neurastenię. Posądza się je o niezdolność, złą wolę, lenistwo, nakłada się na nie kary, najczęściej zaś zupełnie się do nich zraża, gdy tymczasem należałoby otoczyć je odpowiednią opieką lekarską i doprowadzić do lepszego stanu zdrowia«.

Dr. Walery Momidłowski. **O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia.**

Zadaniem publicznej służby zdrowia jest stworzyć takie warunki, aby śmiertelność ludności sprowadzić do granic naturalnych.

Granice te stosować się muszą do przeciętnego wieku człowieka i o ile śmiertelność dotyka ludzi poniżej tego wieku musi to zwrócić na siebie uwagę publicznej służby zdrowia i spowodować rozważanie nad jej przyczynami i sposobami zaradczymi.

Statystyka poucza, że w Galicyi na 100 ogółem zmarłych umiera w 1 miesiącu życia 13·5%, w 1 roku życia 33·7%. a w pierwszych 5 latach życia 52·0% dzieci, że więc przeszło $^{1}/_{3}$ część zmarłych to są dzieci w 1 roku życia, a przeszło połowa to dzieci do 5 roku życia.

Następująca tablica przedstawia odsetki śmiertelności dzieci w stosunku do ogółem zmarłych w kraju z dziesięciu lat tj. od roku 1900 do 1909:

Rok	1 miesiąc życia	1 rok życia	do 5 roku życia
1900	14·6	36·6	54·3
1901	14·5	34·2	52·4
1902	13·2	34·6	54·9
1903	13·3	33·3	53·1
1904	13·3	32·7	50·6
1905	12·8	33·8	51·3
1906	13·9	33·6	52·3
1907	13·9	33·2	50·1
1908	13·8	32·2	48·3
1909	12·4	32·8	51·4
przeciętnie	13·5	33·7	52·0

Daty te nie dają jeszcze należytego wyobrażenia o tem, jak stoi sprawa śmiertelności dzieci u nas w kraju i nabierają dopiero należytego oświetlenia przez porównanie ich z liczbami dotyczącemi innych krajów austryackich, względnie innych państw.

Do porównania tego wybrałem z krajów austryackich 5 takich, które już to obszarem i charakterem geograficznym, już to rasą i zawodowem zatrudnieniem ludności, już też wreszcie jej kulturą i zwyczajami zbliżone są do naszego kraju.

Porównanie to, sporządzone na podstawie dat z roku 1909, bo z tego roku pojawiło się najświeższe obliczenie centralnej komisyi statystycznej, przedstawia się jak następuje:

W roku 1909 na 100 ogółem zmarłych umarło dzieci:			
Kraj	w 1 miesiącu życia	w 1 roku życia	do 5 lat życia
Czechy	10·8	30·2	39·4
Morawy	10·9	30·9	41·1
Austrya górna . .	11·5	29·6	37·3
Styrya	10·2	26·0	35·4
Bukowina	13·0	32·9	51·9
Galicya	12·4	32·8	51·4
Państwo austryackie .	11·3	30·3	43·2

Z porównawczej tej tabelki widzimy, że procent śmiertelności dzieci w 1 miesiącu życia u nas w kraju nie wiele odbiega od przeciętnej w całem państwie. Większa różnica zaznacza się już w 1 roku życia, a w 5 roku życia dochodzi już do 8·2%.

Aby uzupełnić statystykę porównawczą dodam jeszcze, że w Irlandyi, Szwecyi i Norwegii umiera w 1 roku życia 10% żywo urodzonych dzieci, w Szkocyi 12%, w Danii 14%, w Anglii, Finlandyi i Szwajcaryi po 15%, w Nieczech 17%, w Austryi 20·3%, a w Galicyi 21%.

Ponieważ połowa ogółem zmarłych umiera w wieku do 5 lat, więc wynika z tego, że śmiertelność dzieci w tym wieku ma decydujący wpływ na wysokość ogólnej śmiertelności w kraju, że więc, chcąc obniżyć ogólną śmiertelność, musimy przedewszystkiem starać się o obniżenie śmiertelności dzieci. Statystyka porównawcza wykazuje także, że obniżenie to jest możliwe, skoro w innych krajach jest ona niższą, aniżeli u nas.

Jakie są przyczyny tej wysokiej śmiertelności dzieci u nas?

Nie wątpię, że są one nam wszystkim dokładnie znane, wymienię więc tylko najważniejsze.

Na pierwszem miejscu stawianym słusznie bywa niski stan społeczno-ekonomiczny i kulturalny naszej ludności, przy czem jednak z naciskiem zaznaczyć trzeba, że niski stan kultury umysłowej ma o wiele większy wpływ na wysokość śmiertelności dzieci, aniżeli stan społeczno-ekonomiczny.

Wiemy to wszyscy, że ludność biedna, lecz inteligentna, więcej dba o swe dzieci, aniżeli zamożna a niekulturalna. Stąd też pochodzi, że śmiertelność dzieci w Galicyi wschodniej jest niestosunkowo wysoką w porównaniu z zachodnią połową kraju, pomimo, że ludność w Galicyi wschodniej nie jest wcale uboższą, aniżeli w zachodniej, jest tylko mniej zaradną i ma niższą kulturę.

Brak kultury na punkcie zrozumienia zagadnień hygieny społecznej sprawia, że ludność wiejska, nawet dobrze materyalnie uposażona, spycha troskę o zdrowie swych dzieci na różne czynniki przyrodzone i nadprzyrodzone, z którymi medycyna i hygiena nie ma nic wspólnego, brak kultury jest przyczyną, że najlepsze nasze chęci przy tłumieniu chorób zakaźnych natrafiają na opór ludności, która je jako szykany ocenia, lub je lekceważy, brak kultury przejawia się w małem zainteresowaniu tak ważną sprawą, jak sprawa publicznej opieki nad dziećmi, a które daje się spostrzegać nie tylko w szerokich warstwach ludu wiejskiego, ale, co smutniejsze, i w warstwach wyższych i u ludzi, którzy stoją na czele organizacyi społecznych. Przejawia się on także w sposobie traktowania spraw hygieny społecznej przez codzienną prasę, która

nie stara się zapoznać z trudnościami, wśród których publiczna służba zdrowia w kraju pracuje i zamiast zachęty ma zawsze słowa krytyki w zapasie.

Brak kultury na punkcie hygieny wśród szerokich warstw ludności wiejskiej pociąga za sobą brak najprymitywniejszych zasad o pielęgnowaniu i karmieniu dzieci, co jest jedną z głównych przyczyn wysokiej śmiertelności dzieci w pierwszych latach życia. Wiadomo, że matki w uboższych warstwach ludności karmią prawie bez wyjątku dzieci swoje piersią i to bardzo długo, bo czasem półtora roku i dłużej, a czynią to w zamiarze zapobiegania ciąży. Pokarm ten nie jest jednak wyłącznym pokarmem osesków, bo wiemy to dobrze, że po wsiach dzieci niespełna 4 miesięczne oprócz piersi dostają już takie pokarmy jak kasza, kartofle, chleb a nawet barszcz żytni, a w 6 miesiącu życia jada dziecko ku wielkiej radości rodziców pokarmy, które oni sami spożywają. W porze letniej, gdy matki cały dzień zajęte są poza domem, dzieci żywią się strawą, gotowaną na zapas na cały dzień i w letnim piecu przechowaną, a pokarmy te z całkiem świeżo wyhodowanemi kulturami najrozmaitszych bakteryi przy współdziałaniu niedojrzałych owoców, nowych kartofli i t. p. przysmaków, podnoszą bardzo znacznie procent śmiertelności dzieci w kraju.

Ostre choroby dróg oddechowych pochodzą także w przeważnej części z wadliwego pielęgnowania i nieumiejętnego obchodzenia się z dziećmi.

Złe zwiększa się jeszcze przez to, że ludność wiejska obok braku prymitywnych wiadomości o żywieniu i pielęgnowaniu dzieci okazuje niemniejszą ignorancyę i bezradność w udzielaniu pierwszej pomocy choremu dziecku, co przy trudności, na jaką ludność wiejska jest narażoną przy znalezieniu pomocy lekarskiej, stanowi wybitny czynnik ujemny w zwalczaniu śmiertelności dzieci. Trzeba bowiem pamiętać, że z ogólnej liczby lekarzy w kraju 40% mieszka we Lwowie i Krakowie, reszta skupia się w większych miastach i miasteczkach, posady lekarzy okręgowych po wsiach lub bardzo małych miasteczkach nie są obsadzone dla braku chętnych kandydatów, leczenie ambulatoryjne w szpitalach powszechnych jest wzbronione, nic więc dziwnego, że ludność wiejska, zwłaszcza uboższa, albo nie szuka wcale ratunku dla chorego dziecka, albo bierze go z rąk znachorów, cudotwórców i innych wykpigroszów.

Na czele długiego szeregu chorób, które są przyczyną wysokiej śmiertelności dzieci stoi gruźlica i spokrewniona z nią skrofuloza.

Procentowa śmiertelność wskutek tych chorób oznaczyć się nie da, bo jeżeli statystyka śmiertelności dzieci według wieku jest na ogół dosyć pewna i można z niej pewne wyciągnąć wnioski, to statystyka śmiertelności według rodzajów chorób jest więcej jak problematyczną, jeżeli się zważy stan inteligencyi naszych wiejskich oglądaczy zwłok.

Sprawa gruźlicy dziedzicznej u dzieci schodzi się ze sprawą gruźlicy u ludzi w ogólności i zależną jest od wielu czynników, których poprawa nie zawsze leży w naszych rękach, lecz stoi w ścisłym związku z ewolucyą stosunków społecznych.

Inaczej się ma rzecz z gruźlicą, nabytą w wieku dziecięcym. W tym wieku mamy do czynienia w przeważnej części przypadków z gruźlicą gruczołową oraz gruźlicą przewodu pokarmowego.

Ten typ gruźlicy wprowadzano od dawna w związek przyczynowy z zakażeniem prątkami gruźliczymi, które dostały się z pożywieniem do przewodu pokarmowego, przy czem mleku krów gruźliczych przypisywano pierwszorzędną rolę. Zasada ta, ogólnie przyjęta, wstrząśniętą została badaniem Kocha, który stwierdził, że typ prątków gruźliczych zwierząt nie jest identycznym z typem gruźlicy ludzkiej, że prątki te nie odgrywają w organizmie ludzkim tak ważnej roli, jaką im przypisywano i że zakarzenie prątkami zwierzęcymi, o ile to w ogólności jest możliwem, jest tak rzadkie, że zdaniem jego niema najmniej-

szej potrzeby przedsiębrania środków ostrożności celem uniknięcia tego zakażenia.

Zdanie to Kocha, wypowiedziane na kongresie przeciwgruźliczym w Londynie, było bardzo na rękę sferom agrarnym, lecz w świecie naukowym spotkało się z ogólnem niedowierzaniem, wskutek czego wobec bardzo doniosłego znaczenia sprawy powierzono w Anglii zbadanie jej osobnej komisyi, złożonej z wybitnych bakteryologów i klinicystów, która po 10 letniej pracy ogłosiła w roku 1911 końcowe wyniki badań, dające się w kierunku nas obchodzącym w krótkości w ten sposób streścić:

Pomiędzy prątkami gruźlicy ludzkiej a zwierzęcej z jednej i pomiędzy prątkami gruźlicy zwierząt różnych gatunków z drugiej strony zachodzą tylko nieznaczne różnice biologiczne. Gruźlica przeniesioną być może ze zwierząt na ludzi i odwrotnie, przy czem rozmaite rodzaje zwierząt rozmaicie co do stopnia nasilenia reagują na szczepienie gruźlicą ludzką, a wreszcie, co nas szczególnie interesuje, mleko, pochodzące ze zwierząt, chorych na gruźlicę, jest w wysokim stopniu niebezpieczne dla ustroju ludzkiego, a w szczególności dziecięcego. Komisya wyraziła przekonanie, że środki, zmierzające do zapobiegania spożywania z mlekiem żywych prątków gruźliczych bydlęcych, obniżą znacznie chorobliwość dzieci na gruźlicę gruczołów i narządu pokarmowego. Środki ochronne powinny mieć na względzie wszelkie mleko, pochodzące od krów gruźliczych, bez względu na siedzibę schorzenia, przyczem gruźlicę sutek uważać należy za najniebezpieczniejszą.

Wobec takiego orzeczenia hygienistów zwrócić musimy baczną uwagę na gruźlicę bydła.

Gruźlica u bydła w okolicach górskich jest objawem stosunkowo rzadkim, w okolicach jednak nizinnych, zwłaszcza u bydła importowanego, jest ona niesłychanie rozszerzoną.

Badanie bydła na jednym z obszarów dworskich w powiecie tarnobrzeskim, przeprowadzone przed kilku laty za pomocą tuberkuliny, wykazały przeszło 80% bydła gruźliczego, a zaznaczyć tu trzeba, że gospodarstwo hodowlane na tym obszarze uchodzi za wzorowe. Zdarza się, że mleko krów, okazujących owrzodzenie sutek, wysyłane jest w stanie surowym bez żadnych skrupułów na targi i w ten sposób konsumenci za drogie pieniądze otrzymują mleko nietylko z dodatkiem wody studziennej, ale i z dodatkami prątków gruźliczych, bardzo dobrze usposobionych do dalszego rozwoju. Na wodę zwraca się na targach uwagę — prątki gruźlicze są za małe, aby je komisarz targowy dostrzegł.

Mleko gruźlicze można wprawdzie uczynić nieszkodliwem przez zagotowanie, lecz pamiętać o tem trzeba, że znaczna ilość mleka, zwłaszcza na wsi, spożywa się w stanie surowym jużto jako mleko kwaśne, jużto jako maślankę, serwatkę, ser i masło i że znaczna ilość matek podaje dzieciom mleko surowe, jako łatwiej strawne. Pod tym względem pogląd ich zgadza się z doświadczeniem naukowem, które stwierdza, że przez gotowanie mleka, zwłaszcza przydługie, pewna część białka staje się trudniej strawną, a mleko traci na zawartości lecytyny.

W krótkości wspomnieć muszę o chorobie, która, jakkolwiek znacznie mniejszy, niż gruźlica, ma jednak duży wpływ na śmiertelność dzieci. Jest nią mianowicie krzywica. Choroba ta, której etyologia jest dotychczas ciemną, jest u nas nadzwyczajnie rozpowszechnioną. Jakkolwiek spotyka się ją i w chatach i w pałacach, to nie ulega wątpliwości, że rozwojowi jej sprzyjają niekorzystne warunki hygieniczne, wśród których dziecko przebywa. Krzywica, jako taka, przy zastosowaniu odpowiednich środków leczniczych i hygienicznych nie przebiega zazwyczaj złośliwie, w przypadkach atoli zaniedbanych, jak się to

w klasach uboższej ludności zazwyczaj dzieje, sprowadza bardzo często zejście śmiertelne, zwłaszcza gdy dotknięte są nią dzieci w 1-szym roku życia, a więc takie, które same nie mogą sobie jeszcze stworzyć lepszych warunków hygienicznych przez wydostanie się z ciemnych mieszkań na słońce i wolne powietrze.

Dziecko, krzywicą dotknięte, blade, anemiczne, kaszlące, z zaburzeniami kiszkowemi, uważane bywa przez rodziców i otoczenie za dziecko gruźlicze, któremu już nikt i nic nie pomoże i pozostawione własnemu losowi marnieje. W tych wypadkach porada lekarska, a choćby tylko objaśnienie rodziców przez osobę rozumniejszą o rodzaju choroby i możliwości ratunku, mogłoby zachować wiele egzystencyi przy życiu.

Kiła, jako choroba dziedziczna, u dzieci nie ma u nas w kraju wielkiego wpływu na podniesienie procentu śmiertelności dzieci. Przynajmniej wykazy śmiertelności dzieci z powiatów najwięcej kiłą dotkniętych nie dają powodu do odmiennego twierdzenia.

Zachodzi teraz pytanie, w jakiej mierze ostre choroby zakaźne przyczyniają się do podwyższenia śmiertelności dzieci.

Wiadomo, że dzieci w rozmaitym wieku okazują rozmaitą skłonność do do zakażania się. W 1 roku życia najczęściej jeszcze zauważyć można odrę i krztusiec, od tego okresu w zwyż rośnie skłonność dzieci do zakażania się, zwłaszcza płonicą i błonicą, a największą jest ona około 5 roku życia i na początku wieku szkolnego.

Z przedstawionych na wstępie dat statystycznych śmiertelności według wieku dzieci zwracała szczególną uwagę wysoka śmiertelność dzieci do lat 5, której różnica w porównaniu z innymi krajami austryackimi była w stosunku do śmiertelności w 1 roku życia niezwykle wysoką. Nasuwa się więc myśl, czy ta wysoka śmiertelność dzieci do lat 5 nie jest wywołaną właśnie chorobami zakaźnemi ostremi, które dzieci tego wieku najwięcej dotykają. Czy tak jest w rzeczywistości, wykazać może znowu tylko porównanie Galicyi z innymi krajami austryackimi, a mianowicie tymi samymi, które w poprzedniej tablicy porównawczej wzięto pod uwagę, a do tego służy następujące zestawienie, w którem obliczono śmiertelność z roku 1909 z następujących chorób zakaźnych: błonica, krztusiec, szkarlatyna, odra, czerwonka i cholera infantum.

Czerwonkę wciągnięto do tego obliczenia dlatego, bo jakkolwiek zapada na nią także znaczna ilość osób dorosłych, to jednak między zmarłymi znajdują się przeważnie dzieci.

Kraj	Błonica	Krztusiec	Szkarlatyna	Odra	Czerwonka	Cholera infant.	Razem	na 100 ogółem zmarłych	Na 1000 ludności zmarło
Czechy	1299	668	1129	1396	3	3730	8227	5·9	1·2
Austrya górna . .	307	93	157	157	—	129	843	4·3	0·9
Styrya . . .	660	255	410	60	70	9	1464	4·4	1·0
Morawy	521	229	334	729	7	857	2677	4·6	1·0
Bukowina	207	284	1599	670	460	149	3369	14·9	4·2
Galicya	3546	5864	11207	7650	1168	2981	32416	15·9	4·0
Monarchia austryacka	8135	8569	16123	13329	1888	9482	56526	8·7	1·9

Obliczenie to sporządzone jest z jednego roku, aby się więc przekonać, czy dla Galicyi nie jest to rok przypadkowo niekorzystny, zestawiłem następującą tablicę dziesięciu lat od 1900 do 1909 według dat, podanych przez krajową Radę zdrowia i centralną komisyę statystyczną w Wiedniu. Zestawienie to nie wykazuje jedynie tylko dzieci zmarłych do 5 roku życia, bo takich dat stystyka nie prowadzi, lecz osoby, wogóle zmarłe na te choroby zakaźne, które jednak w przeważnej części dotyczą dzieci.

Zmarło na	W ROKU									
	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
błonicę . .	7216	6606	6025	6426	7168	6361	4931	3084	3520	3546
krztusiec	9247	9110	12425	8375	6375	6657	9988	8047	6256	5864
szkarlatynę .	8885	8180	10894	11013	7345	6143	8271	7003	10659	11207
odrę . .	2437	2091	10739	2895	3821	3155	5662	3129	3537	7650
czerwonkę .	1800	1080	778	1698	670	1317	628	1299	434	1168
cholera inf. .	2746	2026	1526	3019	1864	3566	2318	2460	1989	2981
Razem . .	32331	29093	42837	33426	27243	27199	31790	25022	26395	32416
Na 100 ogółem zmarłych	16·0	15·5	20·1	16·8	13·4	12·7	15·8	12·7	13·7	15·9

Średnio z 10 lat 15·3% ogółem zmarłych.

Rok 1909 dał więc wynik zaledwie o kilka dziesiętnych niekorzystniejszy, aniżeli przeciętna śmiertelność z powyższych chorób zakaźnych w kraju w dziesięciu latach.

Daleki jestem od tego, aby cyfry w obydwóch tych powyższych tablicach uważać za absolutnie pewne, wiem bowiem, że rozpoznania, wpisywane do kart oględzin zwłok, są często nieprawdziwe i bałamutne, że zamiast błonicy wpisuje się szkarlatynę, zamiast szkarlatyny odrę i odwrotnie; jeżeli się jednak zważy, że podczas epidemii, a więc wtenczas, gdy śmiertelność z chorób zakaźnych jest największa, interweniują i stawiają rozpoznania zwykle lekarze, to cyfry te nabierają większego prawdopodobieństwa, zwłaszcza, że nie chodzi tu o bezwzględną cyfrę z poszczególnych chorób zakaźnych, ale o naszkicowanie ogólnych granic, wśród których się mieszczą choroby zakaźne, którym dzieci najczęściej podlegają.

Pod tym kątem widzenia rozpatrując się w podanych zestawieniach, hołdując nawet wielkiemu skeptycyzmowi co do statystyki w ogólności, musimy niestety przyznać, że choroby zakaźne są tym czynnikiem, który podwyższa tak niepomiernie procent śmiertelności dzieci w wieku do 5 lat, przyczem szkarlatyna, odra, krztusiec i błonica odgrywają pierwszorzędną rolę. Chorobom zakaźnym musimy też przyznać wpływ decydujący na wysokość śmiertelności ogólnej w kraju.

Jest po części zastanawiającem, że śmiertelność z krztuśca i odry jest u nas w kraju tak wysoką, niema bowiem powodu do przypuszczenia, aby siła, z jaką te dwie choroby u nas się rozszerzają, była większa, aniżeli w innych krajach, bo tak u nas, jak i tam przywiązuje się małą wagę do izolacyi i tłumienia w ogólności tych chorób. Tłómaczyć więc możnaby tę wysoką śmiertel-

ność przy odrze i krztuścu tylko niedbałem obchodzeniem się z dziećmi, choremi na te zresztą niezłośliwe choroby, wskutek czego powstają choroby następowe, którym dzieci ulegają.

W Galicyi, która ma tylko o 1,200.000 ludności więcej niż Czechy, umarło na odrę samą w roku 1909 tylko o 577 dzieci mniej, aniżeli w Czechach na błonicę, krztusiec, szkarlatynę, odrę, czerwonkę i cholerę infantum, razem wzięte.

Jaka jest przyczyna tego zjawiska, że choroby zakaźne wieku dziecięcego stały się u nas już endemiami, że nie wygasają nigdy i podwyższają tak znacznie ogólną śmiertelność w kraju.

Przedewszystkiem brak kultury wśród ludności, która paraliżuje wszelkie zabiegi organów sanitarnych przy tłumieniu epidemii, brak zrozumienia potrzeby tych zabiegów i, co z tego wynika, brak wszelkiego współdziałania szerokich warstw ludności w walce z epidemią. Ludność żąda czasem pomocy, ale pomocy czysto lekarskiej, a broni się z całą siłą, jakkolwiek po cichu, przeciw wszelkim środkom policyjno-sanitarnym, bez zastosowania których przecież żadnej epidemii stłumić nie można. A grunt dla tych epidemii jest u nas tak korzystny, jak w żadnym innym kraju monarchii, bo brud i niechlujstwo ubogiej ludności wiejskiej, zwłaszcza w okolicach górskich, a jeszcze więcej w małych miasteczkach u proletaryatu żydowskiego, mogą zadowolić najwybredniejsze wymagania życiowe bakteryi wszelkiego typu. Zapomnieć też nie można, że tuż za plecami mamy od północy kilkaset kilometrów długą granicę, poza którą znajduje się główny skład hurtowny i detajliczny wszelkich chorób zakaźnych na całą Europę i że kraj nasz jest tym sączkiem, w który wsiąkają wszystkie produkty, w składzie tym wytwarzane, a że wytwórców ich nigdy tam nie brakuje, o tem wiedzą najlepiej lekarze urzędowi nadgranicznych powiatów; niema jednego roku, abyśmy nie musieli wyruszać na spotkanie nieproszonych gości z zagranicy, między którymi dur plamisty i ospa nie należą wcale do rzadkości.

Walkę z epidemiami utrudniają nadzwyczaj ogromne obszary powiatów, jakich nigdzie w monarchii nie spotykamy. W Czechach na 6 i pół miliona ludności jest 100 powiatów, a z tych tylko 9 ma więcej niż 100.000, a 37 mniej, niż 50.000 ludności, w Galicyi na 8 milionów mieszkańców jest 81 powiatów, a z tych 30 ma przeszło 100.000, a tylko 2 dwa mniej niż 50.000 ludności. Odpowiednio też do tego rozkładają się siły publicznej służby sanitarnej, która jest w pierwszym rzędzie powołaną do walki z chorobami zakaźnemi. Są jeszcze i inne przyczyny, ale sądzę, że te, o których wspomniałem, są zupełnie wystarczające, aby wytłumaczyć, dlaczego choroby zakaźne u dzieci z taką występują siłą i takie czynią spustoszenie w kraju.

Streszczając się, przychodzę do wniosku, nie wątpię, że ogólnie znanego, że głównemi przyczynami wielkiej śmiertelności dzieci w kraju są z jednej strony wadliwe pielęgnowanie osesków i nieodpowiednie karmienie ich, a z drugiej choroby zakaźne wieku dziecięcego przy bardzo niskim poziomie kultury i ubóstwie szerokich warstw ludności i braku łatwego znalezienia pomocy lekarskiej.

Zachodzi teraz pytanie, czy i jakie dałyby się znaleźć sposoby, aby wśród danych warunków zmniejszyć śmiertelność dzieci.

Znany nam wszystkim żywy ruch, jaki odbywa się obecnie w całej Europie w kwestyi ochrony dziecka. Zmniejszenie liczby urodzin we wszystkich niemal państwach zachodniej Europy, występujące coraz jaskrawiej, a spowodowane rozmyślnem staraniem się ludności, aby mieć mniejszą liczbę potomstwa, wywołało potrzebę całego szeregu zabiegów, zmierzających do ograniczenia śmiertelności dzieci, aby w ten sposób wyrównać stratę urodzeń. Pierwsze

początki nowoczesnej organizacyi opieki nad niemowlętami wyszły z Francyi, której grozi depopulacya z powodu wielkiej śmiertelności dzieci w stosunku do urodzonych. Powstały znane instytucye »kropli mleka« i »porady dla matek«, wszczęto bardzo żywą agitacyę w kierunku szerzenia zasady karmienia piersią. Węgry wydają z pieniędzy państwowych 7 milionów koron rocznie na cele opieki nad dziećmi, w Anglii ciężar opieki nad dziećmi spoczywa wyłącznie na dobroczynności publicznej, w Niemczech i Francyi inicyatywa prywatna bywa przez rząd wydatnie wspierana. W Austryi wszczął się żywy ruch w tym kierunku dopiero od kilku lat przy sposobności jubileuszu cesarskiego, a prace organizacyjne komitetu w Wiedniu znachodzą się dopiero w stadyum wstępnem. Istnieje cała literatura i wychodzą pisma peryodyczne o opiece nad dziećmi.

U nas w kraju daje się zauważyć pewien ruch w kierunku opieki nad dziećmi, istnieją i powstają nowe zakłady dla opuszczonych dzieci, wszczęto żywą akcyę, zmierzającą do zakładania »gniazd rodzinnych«, reprezentacye kilku powiatów w kraju stworzyły fundacye na utworzenie powiatowych zakładów dla sierót i opuszczonych dzieci, przyczem okazało się jednak, że łatwiej znaleźć fundusze, niż ludzi do prowadzenia takich zakładów i o ile mi wiadomo, żaden z nich nie wszedł jeszcze w życie. Brak organizacyi, brak jednolitego kierunku, brak ludzi fachowych i rutynowanych trzyma budzącą się myśl na uwięzi i przeszkadza wprowadzeniu je w czyn.

Lecz gdy ona nawet w czyn wprowadzoną zostanie i pomyślnie rozwijać się będzie, to obejmując swą opieką tylko małą cząstkę dzieci w kraju, nie będzie mogła wywrzeć większego wpływu na poprawę tych smutnych stosunków, o jakich daty poprzednio przytoczone świadczą. Poprawa tych stosunków dotyczyć musi nietylko sierót i dzieci opuszczonych, ale i tych, które mają rodziców i opiekę, bo ich stan jent częstokroć gorszy, aniżeli tych pierwszych. Zresztą cała dotychczasowa akcya w kraju ma raczej cel humanitarny i wychowawczy przed sobą; opieką nad zdrowiem dziecka społeczeństwo mało się zajmuje.

A przecież my znajdujemy się jeszcze dotychczas w innych warunkach, aniżeli kraje zachodnie, u nas pierwotne zasady o hygienie dziecka, które tam weszły w krew najniższych warstw, trzeba w szerokich masach dopiero wszczepiać.

Praca w tym kierunku nie powinna się rozpraszać i o ile chodzi o zwalczanie śmiertelności dzieci do 5 lat, mogłaby na razie przynajmniej ograniczyć się do dwóch najważniejszych postulatów tj. zmodyfikowania dotychczasowych sposobów pielęgnowania i żywienia osesków w szerokich masach ludności wiejskiej i do ochrony przed chorobami zakaźnemi wieku dziecięcego.

O ile to drugie zadanie leży w większej części w rękach czynników decydujących, a w szczególności rządu i może łatwiej być spełnione, o tyle zmiana dotychczasowych latami a może i wiekami ustalonych sposobów pielęgnowania i karmienia osesków jest bardzo trudą do przeprowadzenia. Zadanie to w pierwszym rzędzie spoczywa na lekarzach, zostających w publicznej służbie zdrowia, a więc lekarzach rządowych i okręgowych. Nie wątpię, że jedni i drudzy nie omijają żadnej sposobności, aby wytykać błędy, pouczać o racyonalnem pielęgnowaniu osesków, tępić przesądy i zabobony, ale przy bardzo stosunkowo niedostatecznej ilości jednych i drugich i przy wielkiem przeciążeniu najrozmaitszemi agendami lekarzy rządowych nie można wcale o tem myśleć, aby największe nawet ich wysiłki odniosły jakiś stały skutek, bo praca ich w tym kierunku może być tylko dorywczą i przypadkową, a rady ich i wskazówki nie mogą być podane w tej formie, w jakiej ludność wiejska tego rodzaju pouczenia najchętniej przyjmuje. (Dok. nast.).

KRONIKA.

Od Redakcyi. Do kwietniowego zeszytu »Przeglądu hygienicznego« dołączamy pierwszy numer »Przyjaciela zdrowia«, pisma poświęconego hygienie ludu i wsi. »Przyjaciel zdrowia«, który jest organem lwowskiego Towarzystwa hygienicznego, wychodzi nakładem związku Kółek rolniczych i Towarzystwa hygienicznego. Prenumeratorowie naszego pisma otrzymywać będą miesięcznik ten bezpłatnie. Na razie drukujemy pismo to w objętości pół arkusza druku, mamy jednak nadzieję, że w miarę wzrostu ilości współpracowników i wzrostu naszych szczupłych funduszów, rozszerzymy ramy »Przyjaciela« przynajmniej do objętości jednego arkusza. Rozpoczęliśmy więc pracę na roli dotychczas prawie dziewiczej. Praca to niesłychanie mozolna i długa, da Bóg i owocodajna. Czy z tego zasiewu my plony już oglądać i spożywać będziemy, wątpimy. Należało jednak pracę rozpocząć, aby przynajmniej następne pokolenia żyły i pracowały w odmiennych i lepszych warunkach zdrowotnych. W »Przyjacielu zdrowia« mają czytelnicy przedstawiony w krótkości program naszych prac i prośbę do pp. kolegów-lekarzy, szczególnie pracujących wśród ludu, o współpracownictwo. Tutaj gorąco powtarzamy tę prośbę.

Od inżyniera p. W. Mołczanskiego otrzymujemy następujące pismo: Parę słów o potrzebie sanitarnego nadzoru nad sklepami wypożyczającymi meble we Lwowie. Kto z kawalerów, mieszkających we Lwowie, niezna jak przedstawiają się pod względem sanitarno-hygienicznym meble wypożyczane w sklepach? Nie będziemy wiele mówili o bardzo podejrzanej czystości materyi, którą pociągnięte są t. zw. meble miękkie, jak otomany, materace i t. p., zawierające prawdopodobnie oprócz brudu różnego rodzaju bakterye. Przy dokładnem badaniu znajdujemy bardzo często w szparach różnego rodzaju robactwo, które gnieździ się w tych zwykle rzadko czyszczonych i nigdy nie desinfekcyonowanych gratach. O ile nam wiadomo, nadzór sanitarny nad tymi meblami nie jest dostateczny i nigdy, zdaje się, nie przeprowadzano w tym kierunku we Lwowie gruntownych badań. Byłoby bardzo pożądanem, ażeby władze sanitarne wglądnęły w tę sprawę, przeprowadziły odpowiednie badania a ogłosiwszy ich wynik, opracowały regulamin, któryby obowiązywał pod zagrożeniem surowej kary właścicieli sklepów. Meble z robactwa i brudu nieoczyszczone, przez odkażaczy miejskich nieodkażone, nie powinny pod żadnym warunkiem być wypożyczane.

Pod adresem krajowego związku zdrojowisk i uzdrowisk. Wniesiona przez grupę posłów do parlamentu interpelacya w sprawie nieporządków panujących w Krynicy, pobudza mię do podniesienia kwestyi o potrzebie opracowania kwestyonaryusza i rozpowszechnienia go wśród gości, przebywających w znacznej zazwyczaj liczbie w naszych zdrojach. Skargi gości na liczne niedogodności i brak najpotrzebniejszych dla leczenia warunków w zdrojowiskach i uzdrowiskach naszego kraju są zupełnie po większej części uzasadnione. Doszło do tego, że z pewnych sfer lekarskich Królestwa objawiono niechęć posyłania swoich chorych do naszych zdrojowisk, gdyż chorzy niekiedy wracali z nowonabytemi wskutek braku odpowiednich warunków, chorobami. Ten stan nienormalny winien ustać i w celu zaznajomienia się Związku zdrojowisk i uzdrowisk z temi wadami, które dają się we znaki gościom, najlepszą drogą byłoby ogłoszenie systematycznego i wszechstronnie opracowanego kwestyonaryusza, któryby w układzie swoim mieścił odpowiedzi samychże gości, dotyczące wszystkich stron pobytu w czasie przebywania w uzdrowisku względnie latowisku. Stanowczo twierdzę, że taki kwestyonaryusz dałby Związkowi właściciele zdrojowisk i uzdrowisk bardzo cenny (choć naturalnie nie zawsze miły) materyał, na pod-

stawie którego możnaby było osiągnąć niejednokrotnie poprawę stosunków zdrowotnych danej miejscowości. Opracowanie i wystosowanie takiego kwestyonaryusza jest niezbędnem dla wyświetlenia istotnego stanu rzeczy w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach, ponieważ tylko głos krytyki ze strony interesowanej można uważać za bodziec w kierunku postępu. Przygotowanie kwestyonaryusza winno być rozpoczęte natychmiast, ażeby w lecie można było wśród gości przeprowadzić jego rozpowszechnienie.

Otrzymaliśmy następujące pismo: Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk przypomina o rozpisanym w listopadzie u. r. w numerze 24 »Naszych Zdrojów« konkursie na prace naukowe na następujące tematy:

1. Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową.
2. Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych.

Termin nadsyłania prac upływa z dniem 3. maja 1912 r. Najlepsze dwie prace na tematy powyższe otrzymają każda po 500 K nagrody.

Prace nadsyłać należy pod adresem Zarządu krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów, ul. Romanowicza l. 9) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

Redakcya otrzymała pracę Dra inż. Jana Blautha o »Drenowaniu budynków i miast«, sprawozdanie roczne za rok 1911 Towarzystwa ratunkowego lwowskiego i XXXV. sprawozdanie Towarzystwa Politechnicznego.

Śmiertelność we Lwowie z chorób zakaźnych w lutym 1912 roku.

Zmarło osób z powodu krztuśca 3, róży 2, dyfteryi 4, odry 0, influency 0, duru b. 1, duru pl. 0, tężca 2, szkarlatyny 3, nagm. zap. opon m. 0, czerwonki 1.

Zmarli na gruźlicę w lutym 1912 r.

Chrześcijan: 26 dzieci, 57 osób starszych. Żydów: 6 dzieci, 7 osób starszych. Razem 96 osób.

TREŚĆ.

Dr. Fl. M. Ogórek-Pankowa: Hygiena snu. 69—72.
Sprawozdanie z dorocznego Zjazdu »Związku lekarzy rządowych w Galicyi« we Lwowie. 73—74.
Sprawy Towarzystwa hygienicznego. 74—75.

SPRAWOZDANIA I STRESZCZENIA.

Choroby zakaźne, mikrobiologia. Dr. Szabłowski: Zakłady czyszczenia pierza jako roznosiciele zarazków. — E. Weil: Losy paciorkowca w krwi obiegu królika. — Stefan v. Nadosy: Serodyagnostyka kiły ze specyalnem uwzględnieniem kiły wrodzonej i doboru mamki. — Leede: Przyczynek do ogólnego zakażenia na tle dwoinek tryprowych. — Ströszner Edmund: Przecinkowiec cholery w wodzie Dunaju. — Dr. Mieczysław Michałowicz: Odrębność gruźlicy w wieku dziecięcym. — Hygiena społeczna i szkolna. Pierwsze letnisko szkolne w Belgii. — W sprawie przeciążenia w szkole. — Dr. Walery Momidłowski: O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia. 75—86.
Kronika. 87—88.

I. Związkowa drukarnia we Lwowie, ulica Lindego l. 4.